

Caso Clínico Radiológico

MARIO CERDA S.¹, GOERGETTE POSE L.², RAFAEL TORRES N.³

Historia Clínica

Niño de 14 meses de edad, con antecedentes de ser producto de un parto prematuro con muy bajo peso de nacimiento, que necesitó O₂ e incubadora los cinco primeros días de vida. Con posterioridad presenta síndrome bronquial obstructivo intermitente, que requiere el uso frecuente de agonistas B2 inhalados y kinesiterapia respiratoria. No registra hospitalizaciones y tiene sus vacunas al día.

En las últimas dos semanas estaba cursando nuevo cuadro de obstrucción bronquial, manejado con inhaladores agonistas B2 y se había mantenido con sibilancias audibles al exterior y leve dificultad respiratoria. Estando en el Jardín Infantil, sus cuidadoras notaron aumento brusco de la dificultad respiratoria y tos, sin cianosis, por lo que administran inhalaciones adicionales de salbutamol con lo cual mejora transitoriamente debiendo luego ser llevada a un Servicio de Urgencia cercano, por agravamiento de dificultad respiratoria. Allí la describen con un síndrome bronquial obstructivo importante y

abundancia de secreciones orales. Administraron oxígeno y practicaron una radiografía (Rx) de tórax anteroposterior (AP) y lateral (figuras 1 a y b). Se practicó inmunofluorescencia para VRS la cual fue negativa. A continuación se nebulizó con adrenalina racémica obteniéndose una mejoría parcial de sus síntomas, y en ese momento se decidió trasladarla a un Servicio de Urgencia de mayor complejidad.

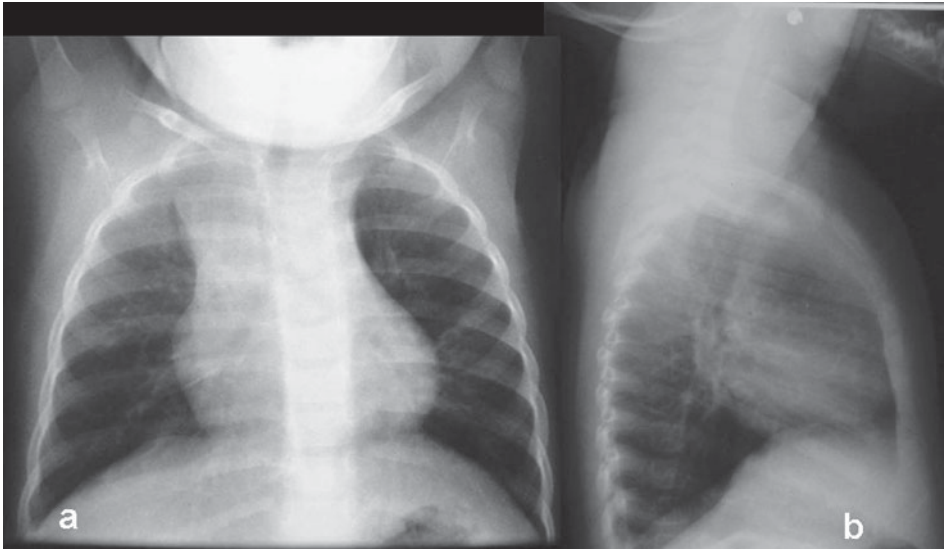
Al momento de la consulta, se encontraba activa, consciente, bien perfundida, saturando 93% con FiO₂ de 0,5 con dificultad respiratoria moderada a leve y espiración prolongada, frecuencia cardíaca de 160/min, frecuencia respiratoria de 45-50 por min, sin signos meníngeos. El examen de oídos, nariz y garganta fue normal. Se observó abundante salivación y tos con desgarró mucopurulento.

En el examen pulmonar, se auscultaba disminución del murmullo vesicular a derecha, con escasas crepitaciones en la base y en el lóbulo superior de ese lado, además sibilancias bilaterales y espiración prologada. El resto del examen físico era normal.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Pediatra. Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago.
2. Radióloga Infantil, Clínica Alemana de Santiago.
3. Residente de UTI Pediátrica, Clínica Alemana de Santiago.

Correspondencia a:
Mario Cerda S.
mcerda@alemana.cl



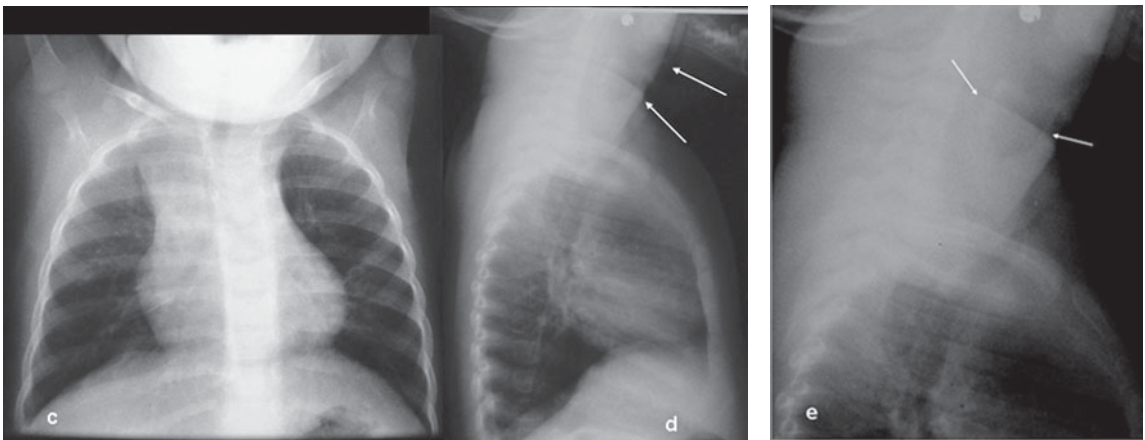
Figuras 1a y b.

Hallazgos radiológicos

La Rx de tórax (figuras 1 a y b) muestra hiperinsuflación pulmonar bilateral, sin sombras patológicas. Como hallazgo, se observa una imagen ovalada, en la faringe, evidente en la proyección lateral, que sugiere un cuerpo extraño. Esta imagen está indicada (flechas) en las figuras 1 c, d y e y no fue detectada al momento del ingreso.

Se dejó con oxígeno húmedo inhalado y nebulizaciones con salbutamol cada 4 horas, y se agregó antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa. Siete horas después del ingreso persistía con tos y dificultad respiratoria moderada, con mayores requerimientos de O_2 (FiO_2 : 0,6), taquipneica (55 a 60/minuto), saturando 88%, por lo cual se decidió conectar a VM.

Al intentar intubar se encontró un cuerpo



Figuras 1c, d y e.

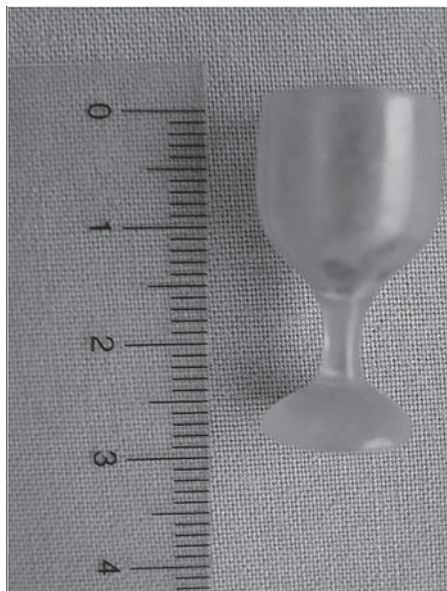


Figura 2.

extraño (CE) en la zona hipofaríngea. Se intentó extraer con pinza *Magill*, lo que fracasa y el paciente presentó depresión cardiorrespiratoria vagal con FR de 50 por minuto que fue manejada con masaje cardíaco, atropina y adrenalina intravenosa. Se solicitó el apoyo de anestesiista pediátrico y se logró extraer CE que corresponde a una copita de plástico de un juego de *Barbie* (figura 2).

Se intubó, se conectó a VM y se comenzó tratamiento con antibióticos de amplio espectro, evolucionando clínicamente bien, excepto por un episodio de convulsión tónico clónica que requirió uso de anticonvulsivantes. Fue dado de alta en buenas condiciones generales, con indicaciones de mantener tratamiento antibiótico y anticonvulsivantes, y concurrir a control con especialista en enfermedades respiratorias y neurólogo infantil.

Discusión

Frente al diagnóstico diferencial de un niño que se presenta con dificultad respiratoria brusca, se debe considerar la aspiración o deglución

de un cuerpo extraño que esté comprometiendo la vía aérea superior. Según la sospecha clínica, el estudio radiológico debe incluir Rx de tórax AP y lateral y eventualmente una proyección adicional lateral de cuello. El conocimiento de la anatomía normal del cuello es fundamental en su sospecha diagnóstica.

En niños con salivación y sospecha de un cuerpo extraño en esófago, debe realizarse una Rx de esófago con medio de contraste y con visión fluoroscópica. A veces, en pacientes aún sintomáticos, se encuentra el cuerpo extraño en el estómago y la sintomatología persistente es secundaria a la irritación y el edema provocado por el paso del cuerpo extraño a través del esófago.

Los cuerpos extraños esofágicos pueden causar síntomas respiratorios como tos, estridor y neumonía, antes que los síntomas esofágicos como disfagia, salivación y dolor sean evidentes. Las localizaciones más frecuentes son: la entrada del tórax, inmediatamente por debajo del cartilago cricofaríngeo, a la altura del bronquio principal izquierdo e inmediatamente por sobre la unión esófago-gástrica.

El estridor en los pacientes con cuerpo extraño esofágico puede ser secundario a compresión mecánica directa de la tráquea, inflamación paraesofágica o formación de absceso con extensión directa del proceso inflamatorio hacia la tráquea, con ulceración y formación de fístula.

Cuando este cuadro se presenta en lactantes y niños pequeños, debe considerarse la posibilidad de una negligencia, que constituye un tipo de abuso y realizar un examen clínico dirigido y radiológico si es necesario.

Referencias

- 1.- Little D, Shah S, St Peter S, et al: Esophageal foreign bodies in pediatric population: our first 500 cases. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 914-8.
- 2.- Smith M, Wong R: Esophageal foreign bodies: types and techniques for removal. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006; 9: 75-84.
- 3.- Kay M, Wyllie R: Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep* 2005; 7: 212-8.